N° 205.

PROPOSITIONS

SUR

LES PRINCIPAUX SIGNES FOURNIS EN MÉDECINE

PAR L'AUSCULTATION ET LA PERCUSSION,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR EUGÈNE PRIEUR, de Poitiers,

Département de la Vienne ;

Bachelier ès-sciences ; ancien Élève des hôpitaux et des hospices civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud, *Suppléant.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet, *Examinateur.*	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible témoignage d'une reconnaissance éternelle.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

Amitié sincère.

E. PRIEUR.

AVANT-PROPOS.

Il existe aujourd'hui en médecine des signes fonctionnels, des signes physico-fonctionnels et des signes entièrement physiques; ces derniers seuls présentent ce positif absolu, cette certitude mathématique qui satisfont pleinement l'esprit. Mais on ne doit séparer ni les uns ni les autres : tous doivent se prêter l'appui mutuel sans lequel ils perdent beaucoup de leur importance. Qu'est-ce, en effet, que le *râle caverneux* sans les hémoptysies antécédentes, le dépérissement marqué, la toux et les crachats d'une certaine nature? Qu'est-ce que la *matité* dans un point quelconque de la poitrine sans dyspnée, crépitation, crachats sanguinolens, ou, s'il s'agit d'une hydrothorax, sans le nombreux cortége de symptômes qui accompagne cette maladie, souvent si obscure? On sait que le liquide peut être pris entre des brides pseudo-membraneuses, et que la mobilité peut manquer : la percussion seule ne peut donc pas suffire.

Le diagnostic est tout en médecine. L'état général du malade ne suffit pas pour régler les indications thérapeutiques, car souvent ces indications sont en opposition avec celles que fournit l'état général. On doit donc s'appliquer avec le

plus grand soin à connaître les signes des maladies. Ce but a été constamment celui de mes études.

Les propositions qui suivent ont été puisées dans les différentes cliniques des hôpitaux de Paris ; je les ai toutes confirmées par ma propre expérience sous l'égide d'un maître aussi savant que modeste, de M. *Honoré*, médecin de l'Hôtel-Dieu, à qui je me plais à rendre ce témoignage public de ma profonde reconnaissance.

PROPOSITIONS

SUR

LES PRINCIPAUX SIGNES FOURNIS EN MÉDECINE

PAR L'AUSCULTATION ET LA PERCUSSION.

I. L'AUSCULTATION est le principal moyen de diagnostic connu pour les maladies de poitrine : on la distingue en *médiate* et *immédiate*. Quand on se sert de la première, on doit employer le cylindre de *Laennec*, ou bien le même instrument, modifié dans ces derniers temps, et rendu plus portatif. L'auscultation immédiate a des inconvéniens qui la font généralement rejeter; d'ailleurs elle ne fournit pas le même nombre de signes que l'auscultation médiate.

II. Les principales variétés de râle peuvent se réduire à trois : le râle *caverneux*, le râle *bronchique* et le râle *vésiculaire*; les autres ne sont que des nuances légères de ces principaux types, comme le râle *sous-muqueux*, le râle *sous-crépitant*, etc.

III. Le râle vésiculaire (*râle crépitant* de *Laennec*) est un signe certain de pneumonie; mais il manque quelquefois, surtout chez les vieillards. Tant qu'il existe, on peut assurer que la pneumonie n'est qu'au premier degré, et le nombre de points où on l'entend répond assez exactement à l'étendue du mal. Chez les vieillards, ce signe est moins positif.

IV. Quand la pneumonie passe au second degré, le râle crépitant cesse de se faire entendre. Le bruit respiratoire est remplacé par un autre bruit : il semble à l'observateur que l'air passe tout entier par un tube alongé, mais qu'il ne dépasse pas le tube. C'est la respiration *bronchique*. Ce bruit est beaucoup plus fort que la respiration naturelle, et si elle ne s'aidait des autres signes physiques, une oreille peu exercée pourrait le confondre avec cette respiration et méconnaître ainsi le siége du mal.

Le troisième degré de la pneumonie ne se distingue du second que par la nature des crachats, qui sont plus aqueux, plus brunâtres.

V. Le râle *crepitans redux* apparaît toujours lors de la résolution de la pneumonie : on peut suivre ainsi les différens degrés du râle, qui devient sous-crépitant, muqueux, sous-muqueux, et fait place enfin à la respiration naturelle. Mais avant de regarder le malade comme parfaitement guéri, il faut bien s'assurer qu'il ne reste plus de point pneumonique. On doit craindre, en effet, soit une rechute et le retour de la maladie à l'état aigu, soit la persistance d'un noyau de phlegmasie latente, d'où pourrait résulter tôt ou tard une désorganisation du poumon.

VI. Le râle bronchique (*muqueux* de *Laennec*) accompagne spécialement la bronchite. Comme celle-ci se retrouve toujours dans toutes les maladies de poitrine, dans toutes ces maladies on retrouve aussi le râle muqueux.

VII. Le râle caverneux a lieu quand une caverne plus ou moins profonde s'est creusée dans le parenchyme pulmonaire. Il diffère du râle muqueux en ce qu'il est plus gros, plus abondant, et en ce qu'on sent qu'il se fait évidemment dans un espace plus circonscrit.

VIII. Il est peu de fièvres dans le courant desquelles on n'observe pas de râle muqueux. Dans les fièvres continues graves, ce râle est quelquefois sous-crépitant : on acquiert ainsi la certitude d'un état pathologique du poumon que rien sans cela n'eût dévoilé.

IX. La *bronchophonie*, l'*égophonie*, le *tintement métallique*, sont les signes stéthoscopiques de la pleurésie ou des complications de la pleurésie. La *pectoriloquie* appartient essentiellement à la phthisie.

X. La bronchophonie caractérise plus spécialement le deuxième et le troisième degré de la pneumonie : elle a lieu toutes les fois que l'on fait parler le malade, et que, soit par l'accumulation d'un liquide qui refoule les vésicules pulmonaires, soit par l'induration de ces mêmes vésicules, l'air ne peut pénétrer dans ces vésicules, et vibre dans les tuyaux bronchiques.

XI. Quand on place le stéthoscope sur la poitrine d'un malade affecté de pleurésie avec épanchement, dans certaines conditions qui n'existent pas toujours, et lorsque l'on étudie la voix, on observe un phénomène particulier : c'est une voix tremblotante, *chevrotante*, pour me servir de l'expression consacrée. Quand un individu sain et maigre parle, la main appliquée sur la partie inférieure de son thorax perçoit toujours un mouvement saccadé, qui lui est directement transmis de dedans en dehors. J'ai remarqué plusieurs fois que ce mouvement est beaucoup plus faible chez les pleurétiques : il semble qu'il soit arrêté tout à fait à la surface de la couche de liquide épanché pour produire la voix *égophonique*.

XII. L'égophonie se confond souvent avec la bronchophonie. Si elle existe pure, c'est un signe certain de l'hydrothorax : mais ce signe est souvent obscur; il manque dès que l'épanchement est considérable; on ne trouve plus alors que de la bronchophonie.

XIII. Souvent la voix des malades présente à l'extérieur le *cachet égophonique*. Ce signe, remarqué pour la première fois par M. *Piorry* dans son service à la Salpêtrière, fut si évident pendant l'hiver de 1828, qu'une ou deux fois il a suffi pour faire reconnaître un hydrothorax.

XIV. Le tintement métallique est très-rare, et surtout s'observe dif-

ficilement. Pour que sa production ait lieu, il faut qu'il y ait communication de l'air extérieur avec la plèvre; ainsi le tintement métallique est le signe pathognomonique de cette communication, que celle-ci ait lieu par les bronches au moyen d'une vomique tuberculeuse, d'un abcès du poumon ou d'une escharre gangréneuse, ou bien qu'elle soit le résultat de l'opération de l'empyème ou d'une plaie pénétrante quelconque.

XV. Le tintement métallique dépend toujours de la résonnance de l'air agité à la surface du liquide contenu dans la poitrine par la respiration, la toux ou la voix. Quand le malade se trouve dans les conditions de sa formation, si l'on relève brusquement sa poitrine, il arrive quelquefois qu'une goutte d'eau se détache de la partie supérieure de la plèvre, et vient vibrer à la surface du liquide épanché, en produisant un murmure métallique; ce murmure ne peut avoir lieu que dans ce cas.

XVI. Quelque chose d'analogue au tintement métallique se produit encore quand il existe une large excavation sous-pleurale, même sans communication avec la plèvre, et que l'on percute la poitrine.

XVII. La résolution d'un épanchement pleurétique est souvent annoncée par un signe particulier, que M. *Honoré* a fait connaître depuis long-temps dans ses salles de médecine. C'est une sensation de froissement, de frottement analogue à celui que produiraient deux membranes à moitié sèches frottées l'une contre l'autre. L'apparition de ce phénomène est toujours en rapport avec la diminution du liquide.

XVIII. Il ne faut pas confondre ce bruit avec le *souffle voilé*, ou respiration qui a lieu dans le cas d'une excavation pulmonaire voisine des parois thoraciques. Ce signe, souvent obscur, se présente encore dans le cas de fausses membranes flottantes.

XIX. Dans le cas d'épanchement circonscrit par des adhérences, l'auscultation ne peut fournir que des signes négatifs.

XX. La pectoriloquie n'est qu'une modification de la bronchophonie ; très-souvent même cette dernière existe seule, ou remplace tour à tour la pectoriloquie. Cela a lieu surtout lorsque l'on ausculte la poitrine avec le cylindre sans l'obturateur. Dans tous les cas, une résonnance anormale vers le sommet du poumon doit inspirer quelques craintes, et faire tenir le médecin sur ses gardes.

XXI. Lorsque le râle caverneux, le gargouillement et la pectoriloquie se font entendre sur un malade, il y a tout lieu de croire qu'il existe des tubercules ramollis vers le point qu'indique le stéthoscope.

XXII. Les signes que fournit l'auscultation dans les maladies du cœur sont les suivans : signes fournis par l'étendue des battemens, par le bruit, le rhythme des contractions et leur impulsion ; on doit y joindre le *bruit de soufflet, de râpe,* et le *frémissement cataire.*

XXIII. L'étendue des battemens du cœur tient souvent à une disposition individuelle : elle est en effet plus grande chez les personnes maigres que chez celles qui sont grasses. Cependant, quand ils dépassent la région précordiale, on peut avoir une quasi certitude d'une disposition morbide de cet organe.

XXIV. Il est bien démontré aujourd'hui que l'étendue des battemens du cœur est en raison directe de la faiblesse et du peu d'épaisseur de ses parois, et par conséquent en raison inverse de leur force et de leur épaisseur ; d'un autre côté, l'intensité de l'impulsion ou sensation de soulèvement que les battemens du cœur font éprouver à l'oreille de l'observateur est en raison inverse de l'étendue des battemens et en raison directe de l'épaisseur des ventricules : voilà donc des règles sûres pour distinguer l'hypertrophie de cet organe d'avec son anévrysme.

XXV. Le bruit entendu à la partie inférieure du sternum appartient aux cavités droites ; celui des cavités gauches se fait sentir entre les cartilages des côtes.

XXVI. Le bruit produit par les battemens du cœur est d'autant plus fort que les ventricules sont plus minces et l'impulsion plus faible. Dans l'hypertrophie portée à un degré extrême, la contraction des ventricules ne produit qu'un choc sans bruit, et le bruit de l'oreillette est à peine entendu.

XXVII. Quand l'hypertrophie est médiocre, le rhythme naturel du cœur est peu altéré ; le contraire a lieu quand cette maladie est portée à un haut degré. La contraction des ventricules est alors très-longue, et se perçoit graduellement par la sensation de soulèvement, avec choc des parois thoraciques ; le bruit qui l'accompagne est très-faible. La contraction des oreillettes est de son côté très-courte, et le bruit qui l'accompagne si faible, qu'on n'est le plus souvent averti qu'elle a eu lieu que par la contraction nouvelle des ventricules.

XXVIII. Lorsque les parois des ventricules sont amincies, que la cause soit physiologique ou pathologique, leur contraction est plus sonore et accompagnée d'une sensation particulière de claquement.

XXIX. Il est assez difficile de reconnaître toujours à quelle cause organique appartient *le bruit de râpe, le bruit de soufflet*. Ce bruit n'accompagne pas toujours l'ossification des valvules du cœur ni la dilatation des grosses artères, mais on l'observe souvent dans ces maladies ; on le trouve quelquefois au début de la phthisie pulmonaire.

XXX. Le *frémissement cataire* semble indiquer plus positivement l'ossification des valvules, et particulièrement de la valvule mitrale.

XXXI. La percussion, dans certains cas, fournit des signes qui doivent avoir plus de certitude que les signes stéthoscopiques, puisqu'ils sont tout à fait physiques. Proposée par *Avenbrugger*, em-

ployée plus tard par *Corvisart*, elle a été depuis heureusement modifiée par M. *Piorry*, qui, par les signes nombreux et nouveaux qu'il en a tirés, s'est approprié ce moyen de diagnostic.

XXXII. La percussion est, comme l'auscultation, médiate et immédiate. La percussion médiate, au moyen du *plessimètre*, ou tout simplement des doigts de la main gauche appliqués sur la poitrine, a des avantages immenses sur la percussion immédiate. On peut mieux apprécier la qualité du son rendu par nos organes; on peut, sans danger, sans douleur pour le malade, la faire sur un plus grand nombre de points, sur une plaie, un vésicatoire, etc. Enfin on peut, dans tous les cas, mieux calculer la quantité de mouvement que l'on imprime à la partie que l'on percute.

XXXIII. Une circonstance avantageuse de la percussion médiate, c'est qu'on peut l'employer et en tirer tous les signes qu'elle fournit sans découvrir le malade. Des parois thoraciques épaisses permettent également de connaître l'état des organes sous-jacens.

XXXIV. Les organes denses, comme le foie, la rate, le cœur, peuvent être circonscrits exactement par la percussion médiate, et à l'extérieur, on peut dessiner leur figure. De ce fait on peut tirer des conséquences utiles pour l'appréciation de leur état pathologique.

XXXV. La main appliquée sur la région du foie sent quelquefois assez facilement son bord inférieur qui se présente sous la forme d'un plancher résistant; mais ce signe ne suffit pas pour juger du volume de l'organe. Il n'est pas très-rare, en effet, que le foie descende naturellement au-dessous du bord inférieur des côtes.

On ne peut sainement apprécier ce volume que par la percussion qui donne le niveau du bord supérieur.

XXXVI. Dans l'hépatite aiguë, le foie acquiert souvent un volume considérable (neuf à dix pouces de haut en bas); si l'on pratique de suite une large saignée, on trouve toujours une diminution de volume, qui est en rapport avec la quantité de l'évacuation sanguine.

XXXVII. Toutes les fois qu'il y a induration du poumon, cet état pathologique se fait reconnaître à l'extérieur par la qualité du son, qui est mat.

XXXVIII. La percussion fournit un moyen de reconnaître le premier degré de la pneumonie d'avec les deux autres. Dans le premier degré, la percussion n'est pas accompagnée, pour le doigt de l'observateur, d'une impression pénible, tandis que, dans le second et le troisième degré, on éprouve, en percutant, un sentiment de dureté très-désagréable.

XXXIX. Si, dans un point correspondant au poumon, on obtient un son mat ou beaucoup moins clair d'un côté que de l'autre, on peut établir qu'il existe un épanchement dans la plèvre, ou que la densité du poumon est augmentée.

XL. Ce sera un épanchement, si le son mat occupe la partie déclive du thorax dans quelque position qu'on mette le malade, et si, en faisant changer cette position, le son devient alternativement mat et clair. Ce signe est très-précieux, puisque l'égophonie manque souvent, et que les autres signes que fournit l'auscultation sont communs à un grand nombre de maladies.

XLI. Si l'épanchement a lieu du côté droit, le foie est fortement abaissé et dépasse les côtes ; si c'est du côté gauche, le foie, au contraire, est refoulé dans la poitrine. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, l'épanchement du côté gauche produira plus d'oppression.

XLII. La percussion est aux maladies de l'abdomen ce que l'auscultation est aux maladies de poitrine; on peut juger plus sainement du volume et de la nature des tumeurs abdominales; elle fait reconnaître les plus petites quantités de sérosité épanchées dans le péritoine, et permet d'établir des lignes de niveau que le seul *bruit humorique* indique quelquefois.

J'ai vu chez des vieilles femmes deux péritonites latentes reconnues par ce moyen.

XLIII. La percussion fournit les signes les plus certains de l'hydropéricardite.

XLIV. Dans le cas où un seul poumon est *emphysémateux*, la sonoréité plus grande de cet organe peut faire reconnaître la maladie. Ce signe diffère de celui qui annonce le *pneumo-thorax*, en ce que, dans ce cas, le son est très-clair, mais *tympanique*. Du reste, le principal caractère au moyen duquel on reconnaîtra l'*emphysème* du poumon, c'est le *râle crépitant sec* à bulles plus ou moins grosses ; mais ce signe ne peut avoir de valeur qu'autant qu'il sera entouré des autres signes physiques, et surtout des signes généraux, car on pourrait le confondre avec le râle des *pneumoniques*. On peut en dire autant du râle *crépitant humide*, qui annonce l'*œdème* du poumon.

XLV. On peut reconnaître l'hypertrophie ou l'atrophie du cœur par la percussion ; mais il faut une main très-exercée pour obtenir par ce moyen la mesure exacte de cet organe ; cela tient à ce que la lame du poumon qui recouvre le bord gauche du cœur va de plus en plus en augmentant de volume, et masque les sons que fournit l'approche du cœur.

FIN.